

## ANNEXE C: Modèle du formulaire pour demande de prolongation

Formulaire de demande de prolongation de remboursement de la spécialité XOLAIR (§ 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)

### I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N°d'affiliation à l'O.A.) :


### II - Éléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie pour les patients âgés de 6 ans ou plus ou le pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les patients âgés entre 6 et 17 ans :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie ou pédiatre attaché à un hôpital universitaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 6 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité XOLAIR, pendant au moins 16 semaines pour le traitement de l'asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment sous contrôle malgré un traitement quotidien par corticoïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace.

J'atteste que pour la prolongation d'au maximum 12 mois, je tiens à disposition du médecin-conseil un formulaire de description clinique améliorée et/ou de la qualité de vie améliorée du patient, comparé à la situation avant l'initiation du traitement avec XOLAIR, dont le modèle figure en annexe D du § 3790000 du chapitre de l'A.R. du 1 février 2018, et que toutes les rubriques ont été complétées et signées avant la prolongation du traitement.

### Dose de XOLAIR exprimée en mg pour injection sous-cutanée :

Valeur initiale d'IgE (UI/ml)	Poids corporel (kg)									
	≥20-25	>25-30	>30-40	>40-50	>50-60	>60-70	>70-80	>80-90	>90-125	>125-150
≥76-100	75	75	75	150	150	150	150	150	300	300
>100-200	150	150	150	300	300	300	300	300	450	600
>200-300	150	150	225	300	300	450	450	450	600	375
>300-400	225	225	300	450	450	450	600	600	450	525
>400-500	225	300	450	450	600	600	375	375	525	600
>500-600	300	300	450	600	600	375	450	450	600	
>600-700	300	225	450	600	375	450	450	525		
>700-800	225	225	300	375	450	450	525	600		
>800-900	225	225	300	375	450	525	600			
>900-1000	225	300	375	450	525	600				
>1000-1100	225	300	375	450	600					
>1100-1200	300	300	450	525	600					
>1200-1300	300	375	450	525						

Administration toutes les 4 semaines

Administration toutes les 2 semaines

Pas d'administration - pas de données

**Conversion en nombre de seringues préremplies (75 mg et 150 mg) autorisables, nombre d'injections et volume total à injecter par administration :**

Dose (mg)	Nombre de seringues		Nombre de piqûres par administration	Volume total à injecter (ml)
	75 mg	150 mg		
75	1	0	1	0.5
150	0	1	1	1.0
225	1	1	2	1.5
300	0	2	2	2.0
375	1	2	3	2.5
450	0	3	3	3.0
525	1	3	4	3.5
600	0	4	4	4.0

Je sollicite alors pour mon patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer les 12 mois de traitement, en tenant compte du taux d'IgE sérique initial ( $\geq 200$  -1300 UI/ml chez les enfants de 6 à 11 ans et  $\geq 76$ -700 UI/ml chez les adultes et adolescents à partir de 12 ans) et le poids corporel, est mentionné ci-dessous :

\_\_\_\_\_ conditionnements de XOLAIR 75 mg seringue préremplie (*maximum 26 conditionnements*)

plus

\_\_\_\_\_ conditionnements de XOLAIR 150 mg seringue préremplie (*maximum 104 conditionnements*)

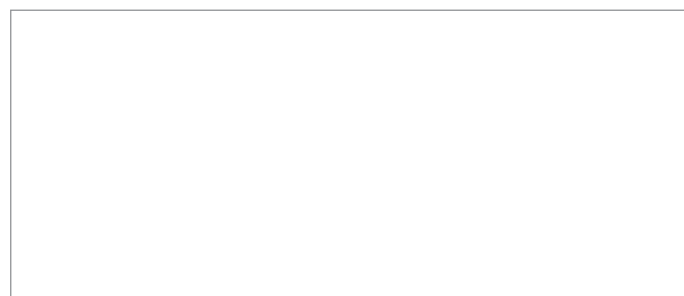
**III - Identification du médecin-specialiste en pneumologie pour les patients âgés de 6 ans ou plus ou du pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les patients âgés entre 6 et 17 ans (nom, prénom adresse, N° INAMI) :**

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (N° INAMI)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (date)



(cachet)

.....

(signature médecin)

## ANNEXE D: Modèle du formulaire de description clinique et de qualité de vie après initialement 16 semaines et puis à chaque fois des périodes maximales de 12 mois de traitement avec XOLAIR

Formulaire de description clinique et de la qualité de vie en cas de traitement avec la spécialité XOLAIR pour asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère (§ 3790000 du chapitre IV de l'A.R. du 1 février 2018)  
(à conserver par le médecin-spécialiste demandeur et à tenir à disposition du médecin-conseil du bénéficiaire concerné)

### I - Identification du bénéficiaire (nom, prénom, N° d'affiliation à l'O.A.) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### II - Éléments à attester par le médecin-spécialiste en pneumologie pour les patients âgés de 6 ans ou plus ou le pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les patients âgés entre 6 et 17 ans :

Je soussigné, docteur en médecine, spécialiste reconnu en pneumologie ou pédiatre attaché à un hôpital universitaire, certifie que le patient mentionné ci-dessus, âgé d'au moins 6 ans, a déjà reçu le remboursement d'un traitement avec la spécialité XOLAIR, pendant au moins 16 semaines pour le traitement d'un asthme allergique extrinsèque non contrôlé et sévère, qui est insuffisamment contrôlé malgré un traitement quotidien par corticostéroïdes inhalés à forte dose et un bêta2-agoniste inhalé à longue durée d'action conformément aux dernières recommandations GINA.

J'atteste que ce traitement s'est montré efficace, et que cela ressort de la situation clinique améliorée et/ou de la qualité de vie améliorée du patient, en comparaison avec la situation précédant l'initiation du traitement avec XOLAIR.

J'atteste que mon 'Évaluation globale de l'efficacité du traitement' en rapport avec les symptômes de l'asthme es:

- excellente (contrôle complet de l'asthme) (\*)
- bonne (changement perceptible de l'asthme) (\*)
- modérée (contrôle de l'asthme perceptible, mais limité)
- mauvaise (pas de changement perceptible de l'asthme)
- aggravation (de l'asthme)

(\*) considéré comme répondeur au traitement avec XOLAIR

De ce fait, je confirme que ce patient nécessite un traitement avec la spécialité XOLAIR, et je sollicite alors pour ce patient le remboursement des conditionnements dont le nombre nécessaire pour assurer les 12 mois de traitement, en tenant compte du taux d'IgE sérique initial et le poids corporel, est mentionné ci-dessous :

\_\_\_\_\_ mg (max. 600 mg) toutes les  2 semaines ou  4 semaines

### III - Identification du médecin-spécialiste en pneumologie pour les patients âgés de 6 ans ou plus ou du pédiatre attaché à un hôpital universitaire pour les patients âgés entre 6 et 17 ans (nom, prénom adresse, N° INAMI) :

\_\_\_\_\_ (nom)

\_\_\_\_\_ (prénom)

1 - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (N° INAMI)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (date)

\_\_\_\_\_

(cachet)

.....  
(signature médecin)